

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

ЦМК Сестринского дела

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИТОМ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Черной Дианы Юрьевны**

Научный руководитель
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент
врач-терапевт участковый,
врач общей практики (семейный врач)
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое отделение №1
Николайчук О.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ	6
1.1. Определение, этиология и патогенез панкреатита	6
1.2. Классификация, клиническая картина, методы диагностики панкреатита	10
1.3. Принципы и основные методы лечения, профилактика и прогноз панкреатита	17
1.4. Сестринский уход при панкреатите	20
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИТОМ.....	25
2.1. Результаты собственного исследования проблем при панкреатите	25
2.2. Рекомендации пациентам и медицинским сестрам, осуществляющим уход за пациентами с панкреатитом.....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ	46

ВВЕДЕНИЕ

Панкреатит - воспалительно-дистрофический процесс в поджелудочной железе, который сохраняется после прекращения действия этиологического фактора и приводит к постепенному замещению функционирующей паренхимы железы соединительной тканью, развитию фиброза, постепенному формированию экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы.

Предшествуют острому панкреатиту разнообразные заболевания печени и желчных путей, воспалительные процессы в других органах брюшной полости, а также пищевые погрешности, частое употребление алкоголя, аллергические состояния, осложнения стероидной терапии.

Главный механизм развития острого панкреатита — активация ферментов поджелудочной железы, которые до этого находились в форме проферментов и в дальнейшем самоперевариванием как самой ткани железы, так и жировой ткани, входящей в состав стромы и прилегающей к железе. Наряду с изменениями в самой железе (отек, кровоизлияния, некроз) идет выброс в кровь и лимфу активных ферментов за счет чего происходит дальнейшее повреждение других органов и тканей [8].

Проблема обращения за медицинской помощью больных с разными формами хронического панкреатита становится одной из самых важных в современной гастроэнтерологии. Самые значимые нарушения функций органов пищеварения отмечают при патологии поджелудочной железы, печени и желудка.

«За последнее десятилетие отмечается интенсивный рост уровня заболеваемости острым и хроническим панкреатитом среди лиц молодого возраста и подростков. Особенностью течения панкреатита у лиц молодого возраста является высокий риск развития осложнений, летальность при

которых достигает 5,5%, а при остром панкреатите тяжелой степени колеблется в пределах 40 - 70%» [9].

В течение предыдущих лет в России отмечается повышение заболеваемости острым панкреатитом. В составе экстренной хирургической патологии данное заболевание выступает на 3 месте, уступая острому аппендициту и патологии желчного пузыря, и составляет до 10-16%.

По данным литературы, найдено около 140 факторов, способных провоцировать к развитию острого панкреатита. У 15-30% больных регистрируются тяжелые деструктивные формы острого панкреатита. Смертность при тяжелом панкреатите составляет 25-40%. «До 80% причин смерти пациентов с острым деструктивным панкреатитом вызванные инфекционными осложнениями брюшной полости и забрюшинного пространства, системными инфекционными осложнениями» [10].

Актуальность исследования. Диагностика и лечение заболеваний поджелудочной железы остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это подтверждают результаты эпидемиологических исследований. Прослежена общемировая тенденция роста количества заболеваний поджелудочной железы. Указанный факт связывают с увеличением потребления алкоголя, ухудшением экологической ситуации, снижением качества питания и общего уровня жизни.

Объект исследования: пациенты с панкреатитом.

Цель исследования: изучить особенности сестринской деятельности при панкреатите.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных данных по заболеваемости панкреатита;
2. Определить уровень дефицита знаний по факторам риска и профилактике панкреатита методом анонимного анкетирования;
3. Определить необходимость участия медсестер в выявлении факторов риска и профилактике панкреатита с учетом данных собранных при анкетировании;

4. Описать клиническую картину и особенности диагностики панкреатита;

5. Изучить этиологию и предрасполагающие факторы панкреатита.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

1.1. Определение, этиология и патогенез панкреатита

Панкреатит – воспалительный процесс, при котором поражаются ткани поджелудочной железы, органа внутри- и внешнесекреторной функции. «Сама поджелудочная железа располагается за желудком, в забрюшинной области, примыкая к двенадцатиперстной кишке. Название «поджелудочная» железа получила из-за расположения ближе к спине, таким образом, при обследовании лежа она находится «под желудком». Основная задача данного органа – выработка панкреатического сока с ферментами и бикарбонатами, принимающими участие в процессе пищеварения организма». При ожидании пищи и при попадании ее в желудок ферменты и соки начинают перемещаться из поджелудочной железы через соединительный проток в тонкую кишку, обеспечивая процесс ферментной обработки пищевых веществ, принимающий участие в метаболизме, помогая всасыванию питательных веществ через стенки тонкого кишечника. Панкреатическая жидкость ослабляет кислую среду желудочного сока в самом кишечнике, где пищеварительные ферменты стимулируются и начинают выполнять свои функции расщепления и переработке веществ. Главными пищеварительными ферментами, вырабатываемыми поджелудочной железой, являются:

- амилаза, способствующая переработке крахмала в сахара;
- липаза, фермент, расщепляющий жиры;
- трипсин, химотрипсин – ферменты, участвующие в расщеплении белков;
- инсулин, полипептид, глюкагон и другие.

Этиология

Причины панкреатита – это нарушение оттока панкреатического (пищеварительного) сока из поджелудочной железы в область двенадцатиперстной кишки. Оставаясь внутри железы при частичном или полном перекрытии протоков, а также при забросе вовнутрь протоков содержимого кишечника, ферменты активизируются раньше времени и начинают перерабатывать, переваривать окружающие ткани. «Создающаяся при воспалении поджелудочной железы задержка сока и ферментов разрушительно действует на ткани поджелудочной железы в первую очередь, однако при длительном действии негативное влияние накапливающихся ферментов поджелудочной железы и панкреатического сока распространяется также на ближайшие ткани, органы, кровеносные сосуды» [2]. Разрушающиеся клетки усиливают активность пищеварительных ферментов, привлекая в процесс все более обширную область.

В тяжелых случаях, сопровождающихся некрозом поджелудочной железы, панкреатит может стать причиной смертельного исхода. Наибольшее количество пищеварительного сока и ферментов требуется для переработки углеводистой пищи.

«Чрезвычайное употребление жирной пищи, особенно насыщенной специями, а также злоупотребление алкоголем способствуют задержке ферментов в поджелудочной железе» [2]. Причинами задержки пищеварительных ферментов и соков могут стать и другие факторы. Вторичный, или реактивный панкреатит развивается на фоне уже имеющихся заболеваний и следствий травм органов брюшной полости, хирургического вмешательства и т. п.

Самыми частыми факторами, способствующими развитию реактивного панкреатита, становятся заболевания пищеварительной системы, такие, как:

- неинфекционный гепатит;
- желчнокаменная болезнь;
- гастрит;
- цирроз печени;

- дискинезия желчевыводящих путей;
- кишечные инфекции.

Статистические данные по распространенности заболевания у взрослых значительно меняются в зависимости от климата, особенностей питания, принятых в различных странах, традиций употребления алкогольных напитков. Также наблюдается существенное различие заболеваемости у женского и мужского пола, как по механизму заболевания, так и по его причинам.

Причины развития заболевания у мужского пола. «Пусковым механизмом» у мужчин с первичным панкреатитом с высокой частотой становятся прием алкоголя (так называемый алкогольный панкреатит) и преимущество жирной пищи, полуфабрикатов. Также отличительной особенностью панкреатитов у мужчин – это хроническая форма, пренебрежение характерных симптомов и обострений, «запущенный» панкреатит по причине позднего обращения к гастроэнтерологу [1].

Этиология панкреатита у женского пола.

У женщин чаще всего наблюдаются такие причины панкреатита как:

- желчнокаменная болезнь, вызывающая развитие панкреатита и холецистита;
- гормональные нарушения, становящиеся причиной воспалительных процессов поджелудочной железы: беременность, климактерический период, прием гормоносодержащих противозачаточных препаратов;
- голодание, соблюдение диет, несбалансированная пища, причиняющая вред здоровью.

Наиболее значимые причины деструкции печени:

- злоупотребление спиртосодержащими напитками;
 - никотинокурение;
 - повреждения поджелудочной железы, возникшие из-за травм живота;
 - хирургические вмешательства и некоторые диагностические процедуры,
- в том числе, возможны такие последствия при эндоскопии;

- длительный, неконтролируемый прием медикаментов, агрессивно влияющих на поджелудочную железу (отдельные группы антибиотиков, эстрогенсодержащие препараты, глюкокортикостероиды, ацетилсалициловая кислота, некоторые диуретики и т. д.);
- отравления пищевыми продуктами, химическими веществами;
- употребление значительного количества пищи с синтетическими добавками, обработанной пестицидами и иными химикатами;
- генетическая предрасположенность к болезням пищеварительной системы, врожденные патологии развития поджелудочной железы;
- несбалансированный рацион питания с избытком жирной и острой пищи, в особенности при длительных перерывах между приемами пищи.

Патогенез

Основным патогенетическим механизмом возникновения панкреатита является самопереваривание в результате значительного увеличения панкреатической секреции (прием алкоголя, пищевых продуктов, излишне стимулирующих секрецию, отдельных лекарств) и активации протеолитических ферментов (трипсинагена, химотрипсинагена, проэлаказы), что «обуславливает развитие отека, некроза и фиброза ткани поджелудочной железы. Выход панкреатических ферментов в кровь приводит к деструктивным изменениям в органах и тканях – в почках, легких, центральной нервной системы» [11].

Поджелудочная железа у большей части людей более чувствительна к алкоголю, чем печень. «Алкоголь стимулирует внешнюю секрецию поджелудочной железы с избыточным содержанием белка и низкой концентрацией бикарбонатов; в связи с этим создаются условия выпадения белковых преципитатов в виде пробок, которые затем кальцифицируются и закупоривают внутрипанкреатические протоки» [2]. Алкоголь понижает активность фермента оксидазы, в результате чего образуются радикалы, ответственные за развитие некрозов и воспаления с дальнейшим формированием фиброза поджелудочной железы. «Алкоголь вызывает спазм

сфинктера Одди, в результате чего возникает внутрипротоковая гипертензия и стенки протоков становятся проницаемыми для ферментов; последние активируются под действием лизосомальных гидролаз, «запуская» аутолиз поджелудочной железы» [2].

1.2. Классификация, клиническая картина, методы диагностики панкреатита

Существует множество различных классификаций панкреатита. «Первая классификация появилась в 1946 году, которая описывала клиническое течение хронического панкреатита в связи с употреблением алкоголя. В 1963 году в Марселе была создана новая классификация, в которой описывались морфологические характеристики и этиологические факторы, а также взаимосвязь между ними». Постепенно с этого времени включались различные дополнения. Последняя классификация была создана немецкими учёными в 2007 году — международная классификация хронического панкреатита.

По характеру течения различают:

1. Острый панкреатит;
2. Острый рецидивирующий панкреатит;
3. Хронический панкреатит;
4. Обострение хронического панкреатита.

Чаще всего хронический панкреатит является результатом перенесенного острого панкреатита. Градация между острым рецидивирующим и обострением хронического панкреатита весьма относительна. «Проявление панкреатического синдрома (амилаземия, липаземия, болевой синдром) менее чем через 6 месяцев от начала заболевания считается рецидивом острого панкреатита, а более 6 месяцев - обострением хронического» [11].

По характеру поражения железы (объём поражения железы - размер участка некроза железы), различают:

- отечная форма (некроз единичных панкреатоцитов без образования островков некроза);
- деструктивная форма (панкреонекроз);
- мелкоочаговый панкреонекроз;
- среднеочаговый панкреонекроз;
- крупноочаговый панкреонекроз;
- тотально-субтотальный панкреонекроз.

Термин «Панкреонекроз» является скорее патологоанатомическим, чем клиническим, ввиду чего использовать его в качестве диагноза не совсем верно. Под термином тотально-субтотальным панкреонекрозом понимается разрушение поджелудочной железы с поражением всех отделов (головка, тело, хвост). Абсолютно-тотальный панкреонекроз не встречается.

«Согласно классификации острого панкреатита, предложенной В. И. Филиным в 1979 году, различают следующие фазы:

- ферментативная фаза (3—5 суток);
- реактивная фаза (6—14 суток);
- фаза секвестрации (с 15-х суток);
- фаза исходов (6 месяцев и более от начала заболевания).

За основу взяты клинические проявления острого панкреатита».

По летальности различают:

- раннюю летальность (в результате полиорганной недостаточности);
- позднюю летальность (в результате гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита - гнойно-некротического панкреатита)» [1].

Клиническая картина панкреатита

При лёгкой форме свойственны жалобы на острые боли в эпигастрии, иррадиирующие в спину, опоясывающего характера. «У большинства больных боли сопровождаются тошнотой, редко бывает рвота» [1]. Общее состояние больного долгое время остаётся удовлетворительным. Пульс до 90 ударов в минуту, артериальное давление стабильное, кожные покровы обычного цвета. Язык влажный, иногда обложен белым налётом, живот мягкий, слегка вздут,

болезненный по ходу поджелудочной железы в правом, иногда в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет.

При средней степени тяжести острого панкреатита боли интенсивные, иногда заставляют больного находиться в вынужденном коленно-локтевом положении; рвота многократная, мучительная, изнуряющая, не приносящая облегчения, наблюдается у многих больных. «Бледные кожные покровы, «испуганное» страдальческое лицо, блестящие, иногда запавшие глаза. Пульс до 90-120 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 - 90/50 мм рт. ст.» [14]. Дыхание учащённое, поверхностное, аускультативно в лёгких сухие и влажные хрипы. Язык сухой; живот вздут, резко болезнен при пальпации в области проекции поджелудочной железы. Перистальтика не прослушивается. Симптомы раздражения брюшины положительные. Для этой формы панкреатита характерно появление бледно-синих пятен в отдельных участках тела. «Отмечается олигурия менее 1000 мл мочи в сутки. На 3-4-е сутки болезни в эпигастральной области, как правило, формируется инфильтрат. Возможно возникновение желтухи» [14].

«Тяжёлая форма острого панкреатита развивается быстро, в течение нескольких часов. Состояние больных тяжёлое. Интенсивность болей настолько велика, что однократная инъекция анальгетиков приносит лишь временное облегчение. Сознание у больных этой категории обычно ясное, но у некоторых бывает сопор. Температура тела выше 38 градусов. Пульс до 120 ударов в минуту и более. Артериальное давление менее 90/50 мм рт. ст., неустойчивое. Дыхание частое, поверхностное, аускультативно в лёгких множественные влажные хрипы. Язык сухой; живот резко вздут, значительная болезненность по всему животу. Симптомы раздражения брюшины резко выражены. Перистальтика не прослушивается. «Олигурия на уровне 500-600 мл мочи в сутки и менее. Как правило, тяжёлое клиническое течение острого панкреатита обусловлено тотальным панкреонекрозом» [14].

При крайне тяжёлой (молниеносной) форме течения острого панкреатита вся симптоматика аналогична таковой при тяжёлой форме, однако симптомы

носят резко выраженный, нарастающий характер. Выраженность симптомов иногда настолько велика, что больные не успевают обратиться за медицинской помощью и умирают спустя несколько часов после начала заболевания (описаны отдельные случаи смерти больных от панкреатического шока за обеденным столом)» [14].

«Молниеносное течение острого панкреатита чаще наблюдается у молодых людей и во всех случаях обусловлено тотальным панкреонекрозом» [5].

Так же при остром панкреатите, активизируясь непосредственно в поджелудочной железе, ферменты пищеварительного сока поражают ее клетки. «Так, действие фермента липазы, расщепляющего жиры, приводит к жировой дистрофии тканей. Трипсин, способствующий перевариванию белков, провоцирует различные химические реакции, вызывая отек тканей поджелудочной железы и некроз (отмирание) клеток» [1]. На первой стадии деструкции некроз асептический, локальный, но без срочного лечения он охватывает ближайшие органы, присоединяющиеся инфекции вызывают формирование новых очагов воспаления, гнойных осложнений.

К общим симптомам острого панкреатита относятся:

- боль опоясывающего характера, с локализацией в области правого или левого подреберья. Болевые симптомы интенсивны и не устраняются медикаментами даже при своевременном начале лечения при первом приступе. Болевой синдром столь выражен, что может провоцировать наступление болевого шока, потерю сознания, стать причиной летального исхода. Продолжительность приступа может составлять от одного часа до нескольких суток;

- полное отсутствие аппетита, тошнота, приступы рвоты, не способствующие улучшению самочувствия. В рвотных массах наблюдается содержимое желудка с включениями желчи;

- гипертермия тела (более 38 градусов), учащение пульса (свыше 90 ударов в минуту.), снижение артериального давления (менее 90 мм/рт.ст.);

- изжога, приступы икоты, отрыжка, сухость в ротовой полости;
- появление белого или желтоватого налета на языке;
- напряжение брюшной стенки;
- вздутие живота в области верхних отделов брюшины, что обусловлено нарушениями функций пищеварительных систем;
- приступы диареи, запора, включения в кале в виде непереваренных остатков пищи;
- изменение цвета кожных покровов: бледность, синюшность, желтый оттенок кожи и склер как следствие «развития механической желтухи при реактивном остром панкреатите, спровоцированном желчнокаменной болезнью или вызывающем сдавление желчных протоков вследствие увеличения и отека поджелудочной железы» [10];
- изменение артериального давления - повышение или понижение его показателей;
- общее значительное ухудшение самочувствия, стремительная потеря массы тела, приступы потливости.

Признаки обострения хронической формы заболевания

Болевые приступы при обострениях хронического панкреатита локализуются там же, где и при остром панкреатите, и, в зависимости от особенностей заболевания, ощущаются в области правого или левого подреберья, боль отдает в спину, она носит опоясывающий характер, может распространяться на область лопатки, грудины в зависимости от места воспалительного процесса и стадии заболевания. «Провоцировать обострения хронического панкреатита могут прием алкоголя, употребление жирной, острой пищи» [1].

Боль при обострениях заболевания возникает на фоне развития воспалительного процесса, действующего на нервные окончания поджелудочной железы, а также при отеке и увеличении органа, вовлекающего нервные окончания в окружающих тканях. Болезненность может возникать после нарушения диеты, длительность от нескольких минут до нескольких

суток. «Снижение болевого синдрома отмечается при наклонах вниз, приседаниях на корточки» [5].

Кроме выраженных болевых ощущений обострение хронического панкреатита также сопровождается следующими симптомами:

- вздутием живота, отрыжкой, диареей, тошнотой, рвотой вследствие нарушения работы пищеварительной системы из-за ферментной недостаточности;
- снижением массы тела, ухудшение общего самочувствия;
- сухость кожи, ломкость ногтевых пластин;
- анемичность;
- симптомы авитаминоза;
- повышенная утомляемость и т. п. как следствие нарушений обмена белка, углеводов, жиров, а также хронической интоксикации организма продуктами распада непереваренной пищи.

«Клиническая картина выраженного обострения хронического панкреатита схожа с острой формой. При внезапном обострении заболевания также может развиваться некроз тканей поджелудочной железы, вызывающий острые болевые приступы и требующий срочного врачебного вмешательства и госпитализации пациента» [2].

Методы диагностики панкреатита

Субъективная диагностика. Постоянные сильные опоясывающие боли в верхней половине живота, доводящие пациента до коллапса; резкая общая слабость.

Другой важный симптом при остром панкреатите – мучительная многократная рвота (не приносящая облегчения) желудочным содержимым с примесью желчи или только желчью. «Попытка принять глоток воды вновь вызывает длительный и мучительный приступ рвоты».

Объективная диагностика. Общее состояние больных крайне тяжелое. Кожа и слизистые оболочки гиперемированы, с заметным цианотичным оттенком. «Может наблюдаться цианоз в виде фиолетовых пятен на лице -

симптом Мондора. Иногда отмечают цианотичные или фиолетовые пятна в области пупка (симптом Каллена) или на боковых поверхностях живота» [10]. Пульс до 90-100 ударов в минуту и более, слабого наполнения. Язык сухой с белым налетом. Живот умеренно вздут в верхнем этаже, резко болезненный при пальпации. Напряжения брюшной стенки нет. Пульсация брюшной аорты в эпигастральной области отсутствует (симптом Воскресенского). «При пальпации в левом реберно-позвоночном углу отмечают отчетливую болезненность (симптом Мейо-Робсона)» [10].

Из лабораторных исследований наибольшее значение имеет определение активности α -амилазы (диастазы) крови и мочи.

Для диагностики острого панкреатита могут применяться и инструментальные методы: ультрасонография (УЗИ). Для ультразвукового исследования характерна достаточно высокая информативность и возможность проведения динамического наблюдения за состоянием поджелудочной железы. «Отличительными признаками панкреонекроза считаются снижение эхогенности паренхимы железы и появление отсутствующего в норме просвета сальниковой сумки за счет скопления в ней выпота в виде эхопрозрачной полосы между задней стенкой желудка и передней поверхностью железы» [10].

Наиболее перспективным методом в диагностике острого панкреатита и его осложнений является компьютерная томография. Компьютерная томография имеет преимущество перед ультразвуковым исследованием в плане лучшей специфической визуализации поджелудочной.

Иногда, в особенно трудных диагностических случаях прибегают к лапароскопии. Лапароскопия - один из наиболее ценных методов неотложной диагностики острого панкреатита. «Она позволяет уточнить форму и вид данного заболевания, диагностировать панкреатогенный перитонит, парапанкреатический инфильтрат, сопутствующие заболевания (деструктивный холецистит), а также выполнить некоторые лечебные мероприятия и определить показания к лапаротомии» [11]. При лапароскопии могут быть выявлены достоверные и косвенные признаки острого панкреатита

1.3. Принципы и основные методы лечения, профилактика и прогноз панкреатита

Основные задачи лечения:

- создание благоприятных условий для функционирования поджелудочной железы с помощью диетических и режимных мероприятий;
- устранение факторов, поддерживающих воспалительный процесс, в том числе и лечение сопутствующих заболеваний системы пищеварения, а также устранение воспалительного процесса;
- снятие или уменьшение болей;
- компенсация нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы, а также внутрисекреторной, если оно имеется.

Лечение хронического панкреатита, как и большинства заболеваний, подразделяют на этиологическое, патогенетическое, симптоматическое лечение и коррекцию осложнений.

«Этиологическая терапия, как приоритетная задача, предполагает, в частности, полную алкогольное воздержание, отказ от табакокурения, санацию желчевыводящих путей, прекращение приема препаратов женских половых гормонов» [8]. Патогенетическое лечение направлено на устранение воспалительного процесса посредством снижения панкреатической секреции, давления в протоках железы и, как следствие, ликвидацию болей в животе. «Препараты выбора в данном аспекте - блокаторы водородного насоса или H²-рецепторов гистамина в комбинации с холинолитиками:

- омепразол (омез, ультоп, улкозол) 20 мг 2 раза в сутки, пантопразол (контролок, нольпаза) 20 мг 2 раза в сутки, рабепразол (париет, хайрабезол, золиспан) по 10-20 мг 2 раза в сутки;
- фамотидин (квamatел, ульфамид, гастросидин) по 20 мг 2 раза в сутки.

Усиление обезболивающего действия анальгетиков обеспечивают назначением антидепрессантов. Считают, что наибольшую анальгетическую

активность имеет amitriptilin, который обладает также холинолитическими свойствами. Во избежание побочных эффектов назначение данного препарата целесообразно начинать с малых доз (25 мг в сутки в 3 приема) с последующим постепенным их повышением по мере необходимости. Помимо amitriptilina аналогичные свойства присущи сертралину в дозе 50-100 мг в сутки, дулоксетину по 30 мг в сутки, флуоксетину по 20 мг в сутки и тразодону по 75 мг в сутки. Курс лечения составляет минимум 4 месяца» [8].

Купированию болевого синдрома способствует также использование препаратов панкреатических ферментов (панкреатин, мезим-форте, панзинорм, микразим, фестал, дигестал) в средних дозах, уменьшающих объем панкреатической секреции по механизму отрицательной обратной связи. Тем самым снижаются нагрузка на пораженный орган и давление в панкреатических протоках.

Экзокринная панкреатическая недостаточность, будучи осложнением хронического панкреатита, также служит показанием к назначению ферментных препаратов. «В случае заместительной терапии предпочтение отдают микросферическим ферментным лекарственным средствам - креон и панцитрат в суточной дозе 75 000 единиц действия сразу после еды» [8]. После достижения клинической ремиссии панкреатита и устранения проявлений экзокринной панкреатической недостаточности дозировку ферментных препаратов постепенно снижают до минимальной поддерживающей дозы или отменяют их вовсе.

Профилактика и прогноз при панкреатите

«Различают первичную профилактику - предупреждение заболевания и вторичную профилактику - предупреждение обострения хронического заболевания.

Предупреждение формирования хронического воспаления поджелудочной железы включает несколько составляющих: при возникновении острого панкреатита необходимо получить полный курс лечения в условиях специализированного (гастроэнтерологического) стационара. Полноценное,

качественное лечение позволит предотвратить переход острого панкреатита в хронический. К сожалению, всегда или почти всегда находятся пациенты, которые прекращают лечение, едва самочувствие улучшается, а боли прекращаются или значительно уменьшаются. Однако следует знать, что даже полное исчезновение симптомов панкреатита не означает прекращения воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы. Наличие симптомов панкреатита и наличие воспаления по времени довольно сильно отличаются — воспаление сохраняется довольно долго после исчезновения клинических проявлений заболевания. Поэтому преждевременное прекращение лечения способствует переходу острого панкреатита в хронический» [9].

«В профилактике хронического панкреатита первостепенное значение имеют:

- полное исключение алкоголя (в любых количествах и любых видов);
- практически пожизненное соблюдение диетических рекомендаций, рациональное питание помогает свести к минимуму периоды обострения заболевания;
- исключение приема лекарств, способных повреждать поджелудочную железу (подобрать замену);
- своевременная санация (лечение) очагов хронической инфекции - кариозных зубов, холецистита, гайморита и других;
- вне обострения заболевания для профилактики обострений панкреатита полезен прием минеральных вод» [3].

«Прогноз хронического панкреатита относительно благоприятный. Полного излечения достичь, как правило, не удастся. Причины тому - практическая невозможность устранить этиологический фактор (алкоголизм, табакокурение, желчнокаменная болезнь), а также развитие необратимых изменений пораженного органа (фиброз, кальциноз, кисты). Примерно в 4% случаев отмечают малигнизацию хронического панкреатита. Предраковыми состояниями считают наследственную отягощенность (панкреатическая

карцинома у родственников первой линии), табакокурение, ожирение, включая синдром Деркума» [4].

1.4. Сестринский уход при панкреатите

Реализация плана ухода - действия медицинской сестры по осуществлению помощи больному и проведению лечения. Действия медицинской сестры заключаются в следующем:

- оказание неотложных мер по спасению жизни пациента;
- выполнение манипуляций - уколы, капельницы, выдача медицинских препаратов по схеме;
- обучение пациента и близких, консультации относительно питания и гигиены.

Обучение

Хронический панкреатит - заболевание, обусловленное злоупотреблением алкоголем либо сочетающееся с патологией желчевыводящих путей или двенадцатиперстной кишки.

1. «В первые дни обострения заболевания (2–3 дня) рекомендуется голод. Больной только пьет минеральную воду, отвар шиповника и некрепкий чай (до 1,5 литров в сутки). Затем больного переводят на специальную диету. Продукты отвариваются, готовятся на пару или запекаются. Больной должен есть маленькими порциями 5–6 раз в день. Запрещаются мясные, рыбные, куриные бульоны, грибные, овощные отвары, овощи и фрукты (особенно бобовые, капуста, редис), свежий хлеб, молоко, мед, варенье, кофе, какао, шоколад, кислые фрукты и соки из них, газированные и спиртные напитки, тугоплавкие жиры.

2. В дни обострения больным показан постельный режим. Необходимо выполнять гигиенические процедуры, регулярно проветривать и убирать помещение. С целью обезболивания на область эпигастрия рекомендуется

класть пузырь со льдом на 20 минут, при необходимости процедуру можно повторить через 30 минут.

3. Если обострение заболевания сопровождается тошнотой и рвотой, нужно обеспечить больного посудой для сбора рвотных масс. После окончания акта рвоты больному следует дать прополоскать рот теплой водой или бледным раствором перманганата калия.

4. Важно контролировать состояние больного (измерять температуру тела, артериальное давление, посчитывать пульс).

5. Показано применение минеральных вод. Воду нагревают до 40 градусов, принимают по 0,25–0,5 стакана 3 раза в день при повышенной кислотности желудка через 1 час после еды, при пониженной - за 30 минут до еды. Курс лечения - 1 месяц» [11].

Питание при остром панкреатите

Панкреатит может протекать в острой и хронической форме. Питание при заболеваниях поджелудочной железы зависит от формы панкреатита. При остром панкреатите в первые два дня заболевания больному разрешается только пить - по стакану отвара шиповника или минеральной воды 4–5 раз в день. На 3-й день питание должно быть со значительными ограничениями калорийности. Из пищевого рациона исключают жиры, поваренную соль и другие продукты, которые повышают выделение желудочного сока и вызывают вздутие кишечника.

Рекомендуют жидкую, богатую углеводами пищу, которую готовят без соли и распределяют на 7–8 приемов с равными промежутками. Полезны фруктовые соки, сахар, мед, отвар черной смородины, отвар шиповника с сахаром, клюквенный морс. Жидкость вводится в количестве 2–2,5 литра. С 6–8-го дня разрешается диета до 1000 калорий: 50 грамм белков, 10 грамм жиров, 250 грамм углеводов.

На завтрак можно давать манную или рисовую кашу на воде с сахаром, яблоко или апельсин, чай с сахаром; на второй завтрак – картофельное или морковное пюре, 50 грамм отварного нежирного куриного мяса или нежирной

рыбы, стакан отвара шиповника с сахаром; на обед – 100–150 грамм вегетарианского бульона, 30–40 грамм отварной рыбы или говядины с картофельным пюре, одно протертое яблоко, в полдник – 50–60 грамм обезжиренного творога с сахаром, чай с сахаром, чай с вареньем; на ночь – стакан кипяченой воды со столовой ложкой меда или стакан простокваши. С 10-15-го дня в меню включают до 60 грамм белков, 20 грамм жиров, 300 грамм углеводов.

Пищу готовят в протертом виде, без соли, принимают небольшими порциями. В дальнейшем калорийность пищи постепенно повышается, количество белков увеличивают до 100 грамм, жира до 40 грамм и углеводов – до 450 грамм, увеличивают количество водорастворимых витаминов.

После острого панкреатита рекомендуют овощные супы, нежирное нежильистое вареное мясо и блюда из него, свежий домашний творог и блюда из него, блюда из круп и овощей – каши, пудинги, фрукты и ягодные соки, мед, варенье, сахар, отварная нежирная рыба. На ночь употребляют продукты, обладающие послабляющим действием: кефир, простоквашу, мед с водой, чернослив, изюм, свекольный или морковный сок. «Полностью исключаются из рациона жирная пища, сдобное тесто, жареная рыба, сало, сметана, сливки, кремы, мясные и рыбные навары, соленья, копчености, маринады, лук, чеснок, редька, редис, категорически запрещается алкоголь» [6].

На 5-й день питание может быть более калорийным (до 600–800 калорий). В его состав входит 15 грамм белков (молочных и растительных), 150–200 грамм углеводов, жиры исключаются.

После перенесенного острого панкреатита таким должно быть питание в течение 6-12 месяцев. «На 90 % здоровье больного будет зависеть от того, как он будет питаться, как будет выдерживать ограничения в питании. Поджелудочная железа, как ни один орган, моментально реагирует на любые погрешности в диете» [6].

«Питание при хроническом панкреатите.

Главным в лечении хронического панкреатита является правильно построенное и организованное лечебное питание.

В период улучшения, затихания процесса калорийность пищи должна соответствовать напряженности труда. Пищу принимают 5–6 раз, равномерно распределяя суточный рацион. Одновременно используют продукты, которые обладают послабляющим действием.

Большое значение имеет содержание белков в рационе. Оно должно быть высоким, так как усиливает восстановительные процессы в поджелудочной железе. В питании должно быть 120–130 грамм белков, при этом 60–70 % белка должно быть животного происхождения, остальное – растительного» [6].

Рацион питания при хроническом панкреатите

«В рацион питания при хроническом панкреатите должны входить продукты, богатые белками: говядина, телятина, кроли, курица, индейка, нежирная свинина. Нельзя употреблять баранину, жирную свинину, гуся, утку, дичь. При болях, тошноте, дискомфорте в животе необходимо готовить мясо в рубленом виде, отваривая в воде или на пару» [6]. Продукты нельзя запекать в духовке, тушить, жарить.

«При улучшении самочувствия (исчезновения болей, дискомфорта в животе) можно использовать нежирное и нежилистое мясо, но только отварное или приготовленное на пару. Можно употреблять нежирную рыбу в рубленом виде или куском, но тоже исключительно отварную или приготовленную на пару. Нежирное мясо и нежирная рыба имеют способность предотвращать жировое перерождение печени, что очень важно при хроническом панкреатите. Этой же способностью обладает и творог. Он должен быть некислым, свежим. Готовить его нужно из молока или кефира. Магазинный творог лучше не употреблять. Приготовленный в домашних условиях творог можно использовать в натуральном виде, протертым с молоком и сахаром, а также в виде парового пудинга» [6].

«Молоко при панкреатите обычно переносится плохо, поэтому лучше его использовать при приготовлении каш, супов, киселей, желе. Если молоко

переносится хорошо, то употреблять его нужно в теплом виде по четверти или половине стакана маленькими глотками. При вздутии кишечника или поносе молоко из рациона нужно исключить. Кисломолочные напитки можно употреблять только свежие. Сыр в стадии обострения панкреатита противопоказан. При хорошем самочувствии можно съесть немного неострого нежирного сыра. Цельные яйца запрещены. Но паровые белковые омлеты, блюда из взбитых белков, а также яйца как добавка в блюда могут входить в суточный рацион» [6].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИТОМ

2.1. Результаты собственного исследования проблем при панкреатите

Исследование факторов риска и генетической предрасположенности к панкреатиту - одно из наиболее современных направлений изучения острого панкреатита.

В работе проведен анализ результатов анкетирования 20 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет за последний год. Набор материала проводился на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Исследование проводилось методом социологического сбора информации в виде анонимного анкетирования (Приложение 1), проводился анализ анкет.

Плюсы данного метода:

- 1) Позволяет получить большой массив наблюдения за короткий срок;
- 2) Использование стандартных опросных процедур;
- 3) Позволяет опросить полный спектр всех возрастов;
- 4) Возможно пояснение студента, в случае затруднения.

Результаты исследования проблем при панкреатите

Распределение опрашиваемых пациентов по половой принадлежности. По данной диаграмме видно, что 65% опрашиваемых пациентов с заболеванием поджелудочной железы – мужской пол и 35% женский пол (Рис. 1).

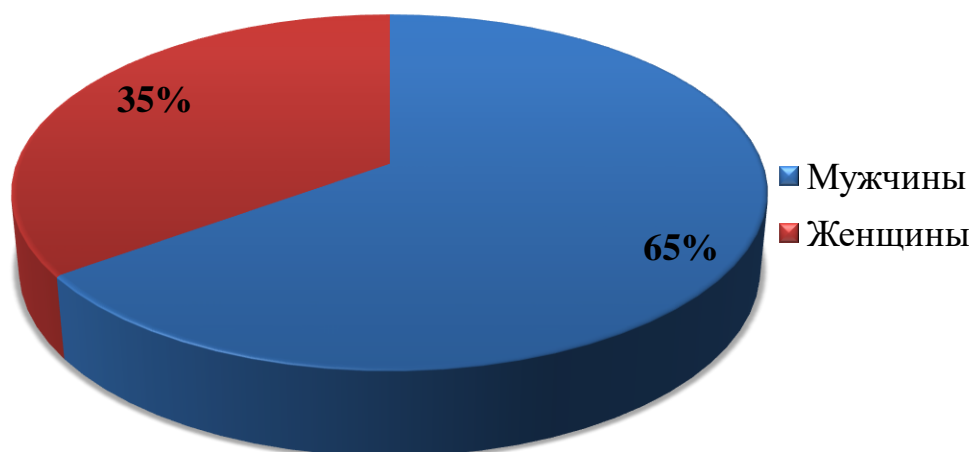


Рис. 1. Распределение пациентов по половой принадлежности

Распределение опрошенных по наличию образования. 52% пациентов имеют высшее образование, 39% опрошенных пациентов имеют среднее специальное образование по различным специальностям, и 9% пациентов сообщают, что имеют среднее школьное образование (Рис. 2).

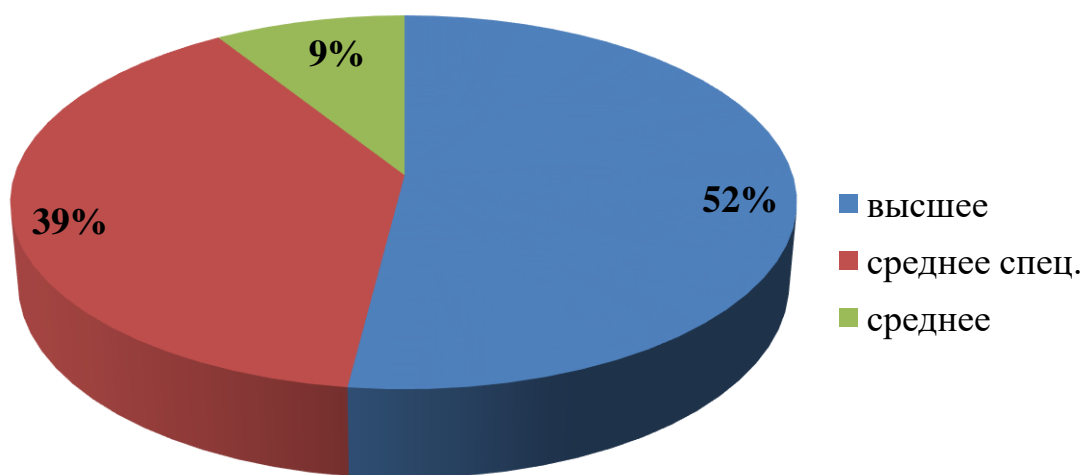


Рис. 2. Наличие образования пациентов

Распределение опрошенных пациентов по семейному положению, показало, что 73% в браке (женат, замужем), 20% опрошенных пациентов вне брака, а 7% находятся в разводе (Рис. 3).

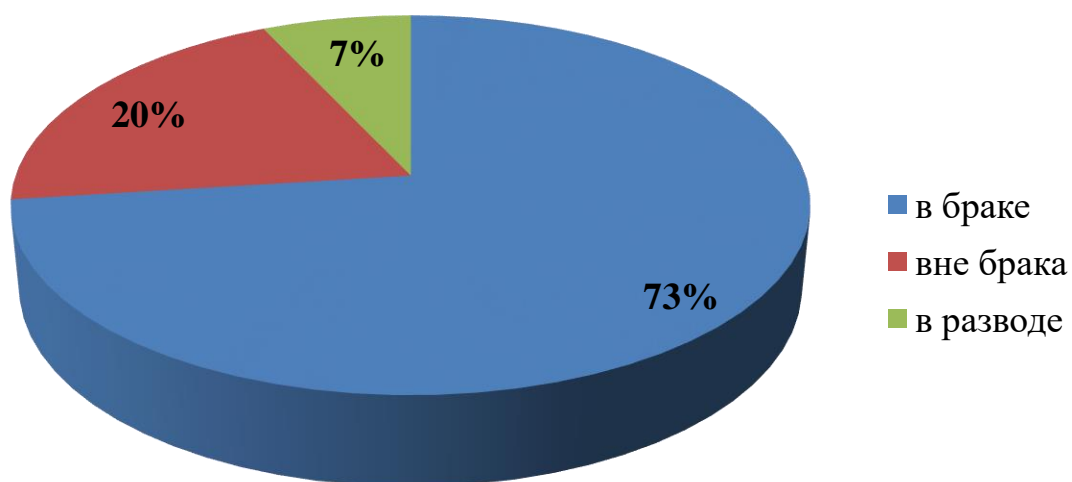


Рис. 3. Распределение пациентов по семейному положению

Распределение опрошенных пациентов по месту проживания, показало, что 65% проживают в городе, 24% пациентов проживают в сельской местности, и 11% опрошенных сообщают, что живут в поселке городского типа (Рис. 4).

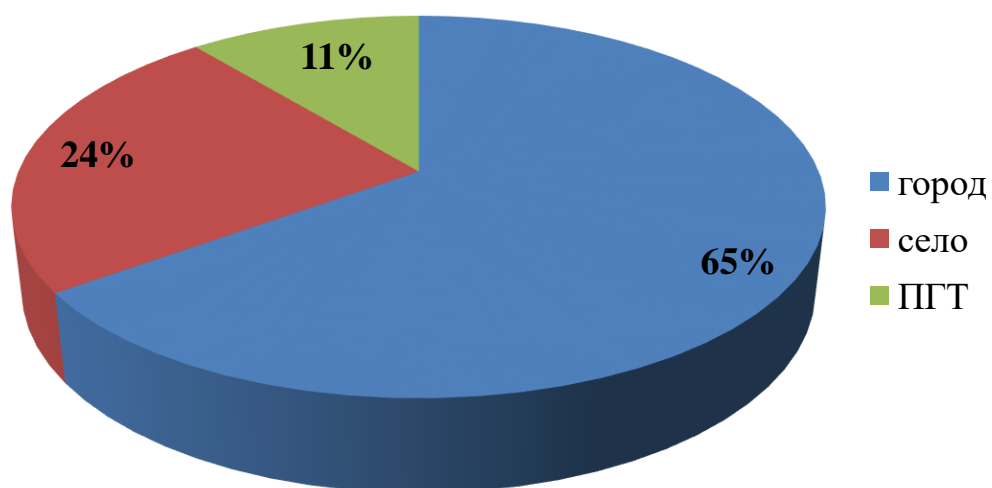


Рис. 4. Распределение пациентов по месту жительства

Распределение опрошенных по наличию никотиновой зависимости. По данным опроса 55% пациентов не имеют никотиновой зависимости, в отличие от 39% пациентов с никотиновой зависимостью, а также 6% опрошиваемых утверждают, что курят иногда, не периодически (Рис. 5).

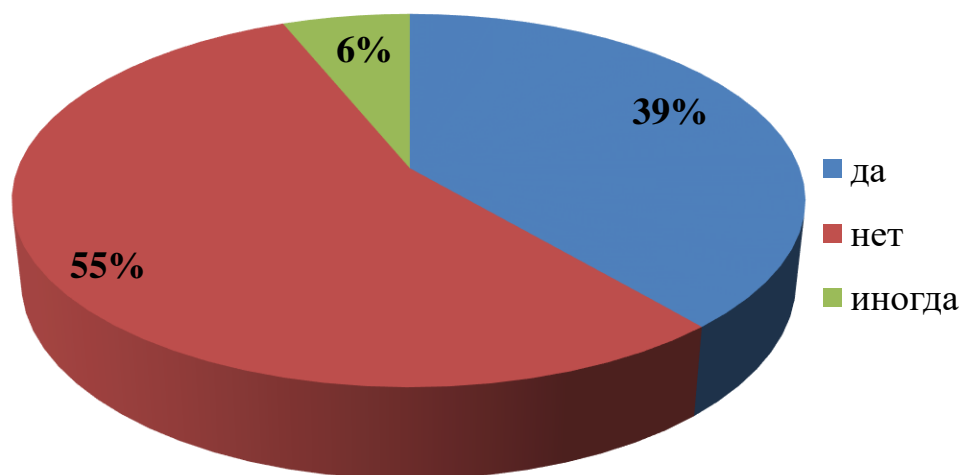


Рис. 5. Наличие никотиновой зависимости

Распределение опрошенных пациентов по употреблению алкоголя, показало, что 49% пациентов употребляют алкоголь иногда (несколько раз в год), 33% опрошенных пациентов утверждают, что вовсе не употребляют алкоголь, а 18% признаются, что употребляют алкогольные напитки (Рис. 6).

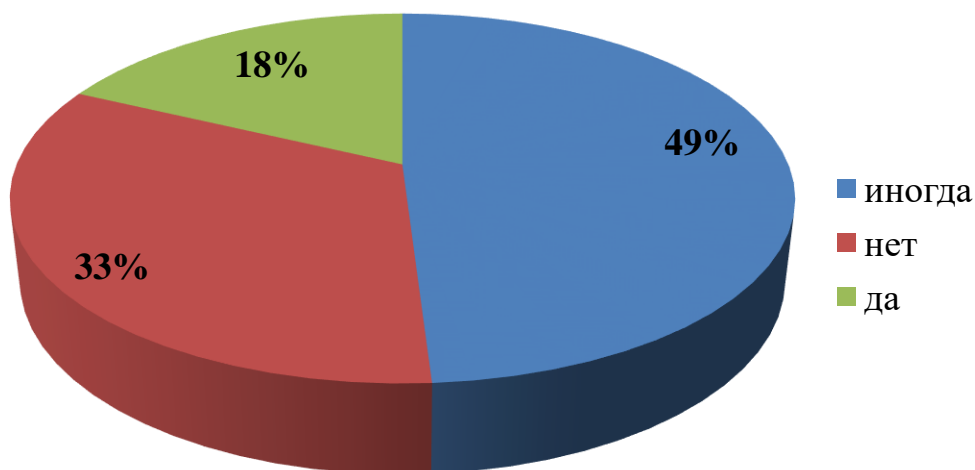


Рис. 6. Распределение пациентов по употреблению алкоголя

Распределение опрошенных по наличию стресса. 67% опрошиваемых пациентов признаются, что стресс в их жизни присутствует не часто, вопреки 20% опрошиваемых пациентов, которые испытывают стресс практически постоянно (работа, дом, конфликты и т.д.), а также 13% пациентов сообщают, что вовсе не испытывают стрессовых ситуаций в повседневной жизни (Рис. 7).

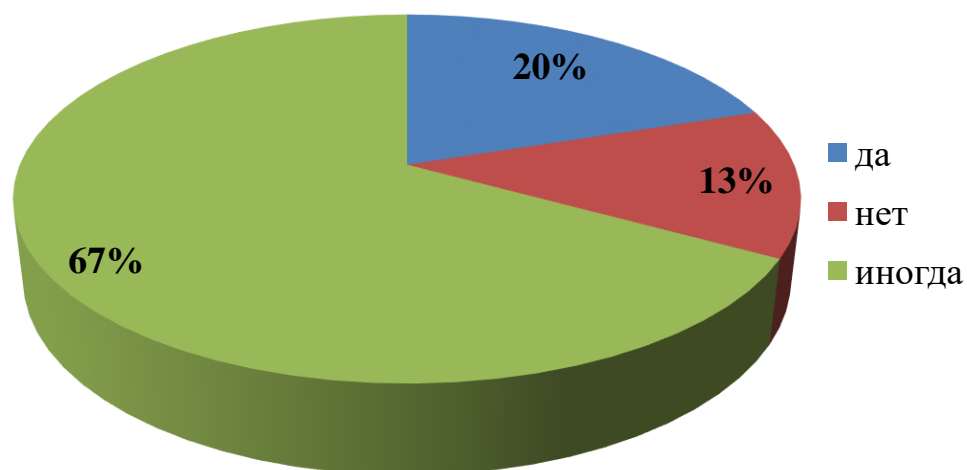


Рис. 7. Распределение пациентов по наличию стресса

Распределение опрошенных пациентов по наличию физической активности показало, что у 36% пациентов уровень физической активности низкий, 53% утверждают, что иногда (периодически) занимаются зарядкой, а 11% опрошенных сообщают, что у них физическая активность высокая (Рис. 8).

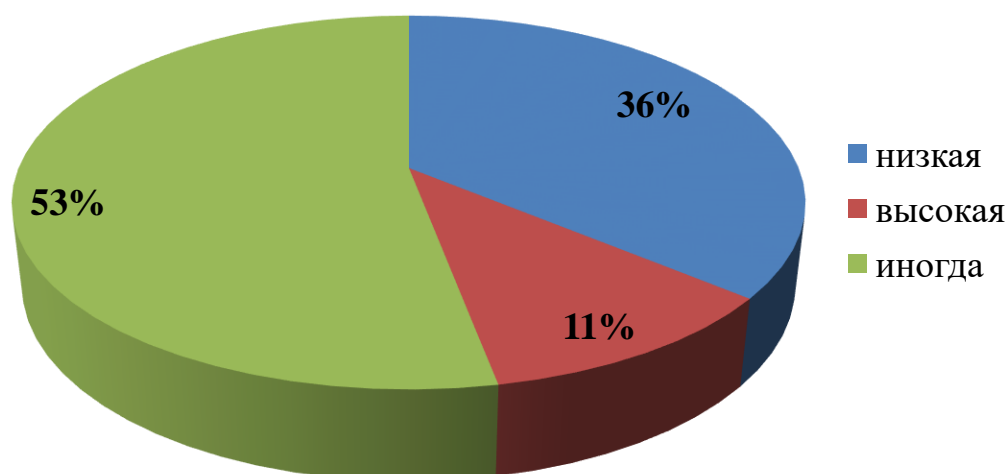


Рис. 8. Распределение пациентов по физической активности

Распределение опрошенных по наследственной предрасположенности к панкреатиту. По данным диаграммы мы можем утверждать, что 75% пациентов с панкреатитом не имели наследственной предрасположенности к данному заболеванию, но также у 25% опрошиваемых имеется генетическая предрасположенность к заболеваниям поджелудочной железы (Рис. 9).

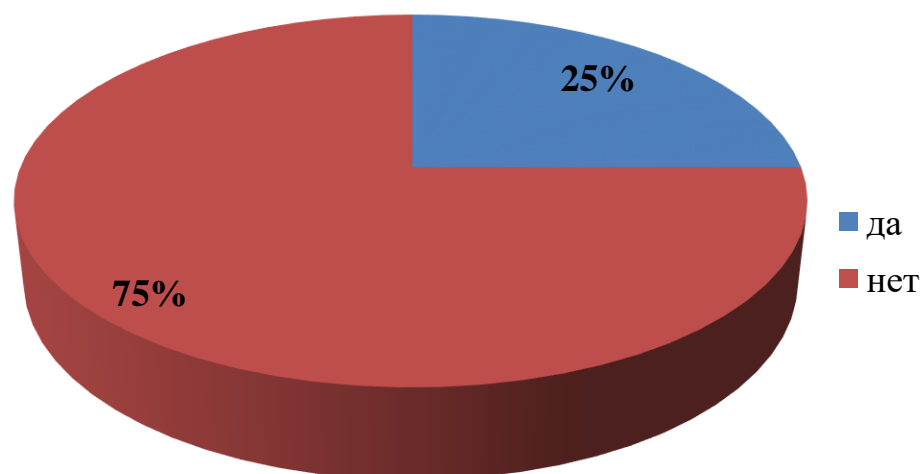


Рис. 9. Распределение пациентов по наличию предрасположенности

Распределение опрошиваемых пациентов по наличию избыточного веса. Следует отметить, что 64% пациентов имеют лишний вес, вследствие употребления не здоровой пищи и алкоголя, который в свою очередь является одним из главных факторов риска развития панкреатита, 36% пациентов не имеют излишней массы тела (Рис. 10).

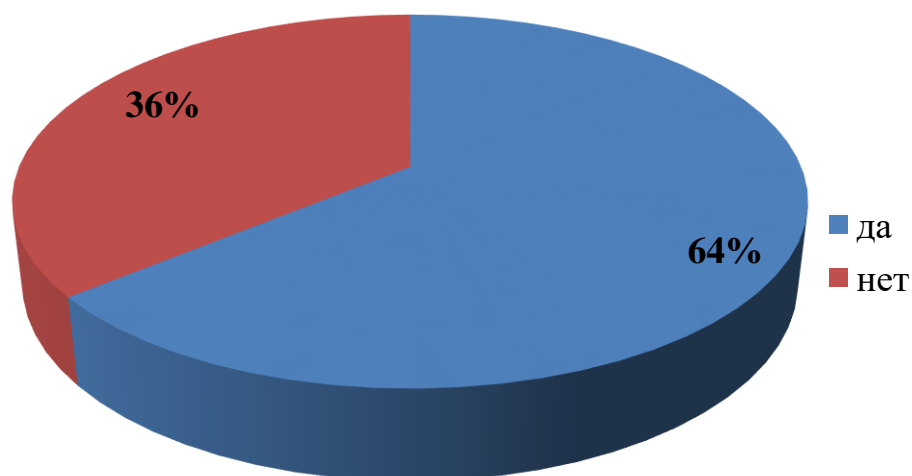


Рис. 10. Распределение пациентов по наличию избыточного веса

Распределение опрашиваемых пациентов по наблюдению у гастроэнтеролога. 62% пациентов не наблюдаются у соответствующего врача, 25% опрашиваемых сообщают, что наблюдаются у гастроэнтеролога иногда, а 13% пациентов наблюдаются у гастроэнтеролога на постоянной основе (Рис. 11).

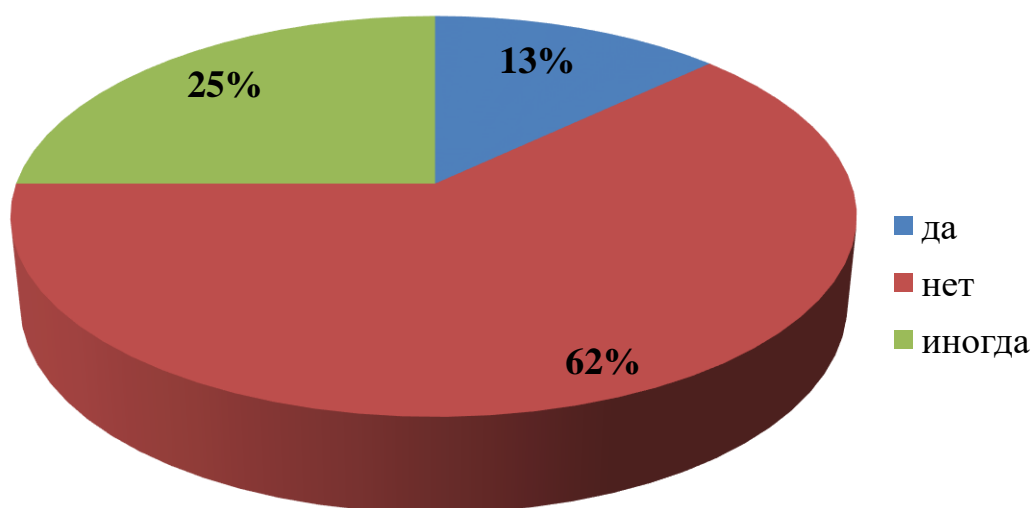


Рис. 11. Распределение пациентов по наблюдению у гастроэнтеролога

Распределение опрашиваемых пациентов по соблюдению диеты. По результатам диаграммы мы видим, что ровно половина 50% всех опрошенных пациентов утверждают, что строго соблюдают назначенную диету, а 35% опрашиваемых признается, что совсем не следуют диете, и, лишь, 15% пациентов, старается придерживаться назначенной диеты (Рис. 12).

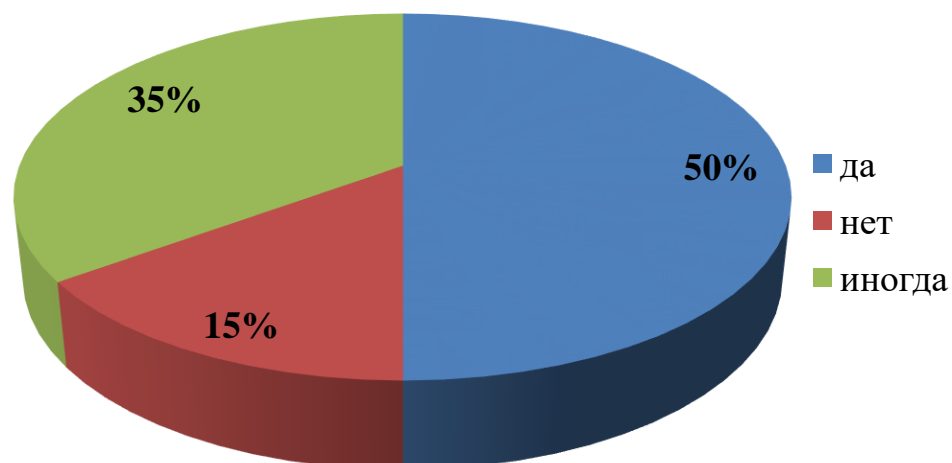


Рис. 12. Распределение пациентов по соблюдению диеты

Распределение опрошиваемых пациентов в разделе «Помощь медработника в соблюдении диеты». Из результатов анкетирования, мы видим, что 89% пациентов получают помощь со стороны медицинских работников в полном объеме, но также 5% опрошенных пациентов заявляют, что вовсе не получают достаточной информации и помощи при соблюдении, назначенной врачом, диеты, и 6% пациентов высказывают, что получают помощь при соблюдении диеты иногда, не регулярно (Рис. 13).

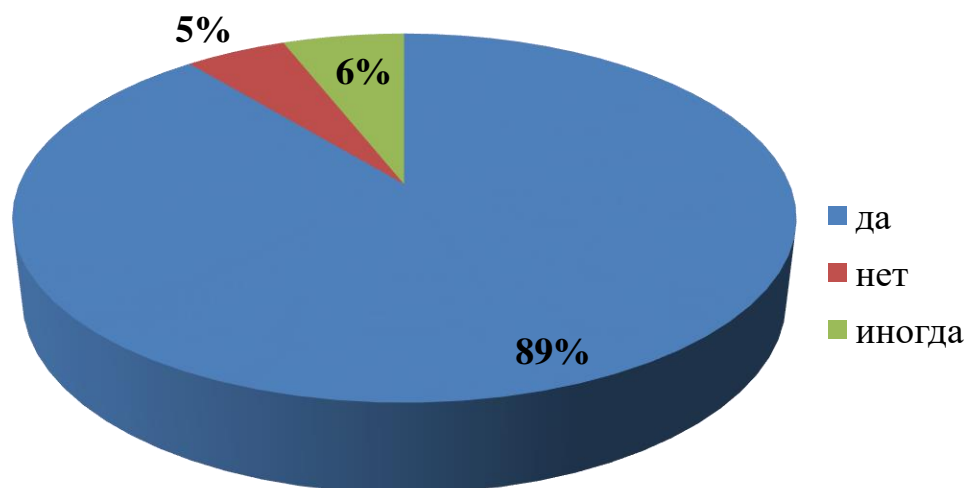


Рис. 13. Помощь медработника в соблюдении диеты

Распределение опрошенных пациентов в разделе «Оценка эффективности помощи медработника в соблюдении диеты». По данной диаграмме анонимного анкетирования мы можем установить, что 87% пациентов оценивают эффективность помощи медицинскими работниками в соблюдении диеты как «положительно». Медицинские работники дают полный спектр информации, проводят тщательные проверки по соблюдению диеты, дают рекомендации, 7% опрошенных пациентов недовольны помощью медработников и оценивают ее как «негативно», так же, 6% пациентов никак не оценивают помощь медицинского персонала и отметили ее как «нейтрально» (Рис. 14).

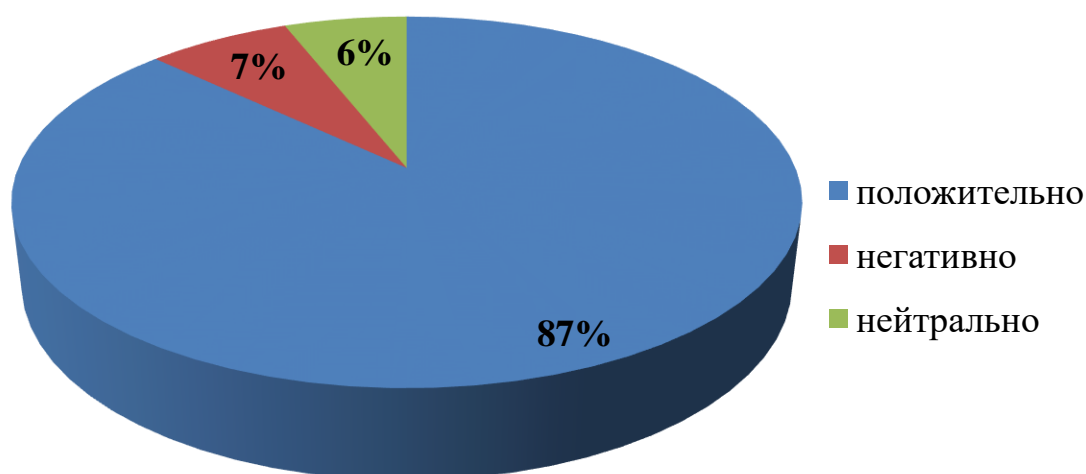


Рис. 14. Оценка эффективности помощи медицинскими работниками

Распределение опрошенных пациентов в разделе «Необходимость дополнительной помощи от медработника». Следует обратить внимание, что 44% пациентов рекомендуют дополнить, уже имеющуюся, медицинскую помощь, но 43% опрошенных пациентов утверждают, что полностью довольны медицинской помощью, и не считают нужным дополнять ее, и, лишь, 13% пациентов говорят о частичной дополнительной помощи и оценили данный раздел как «иногда» (Рис. 15).

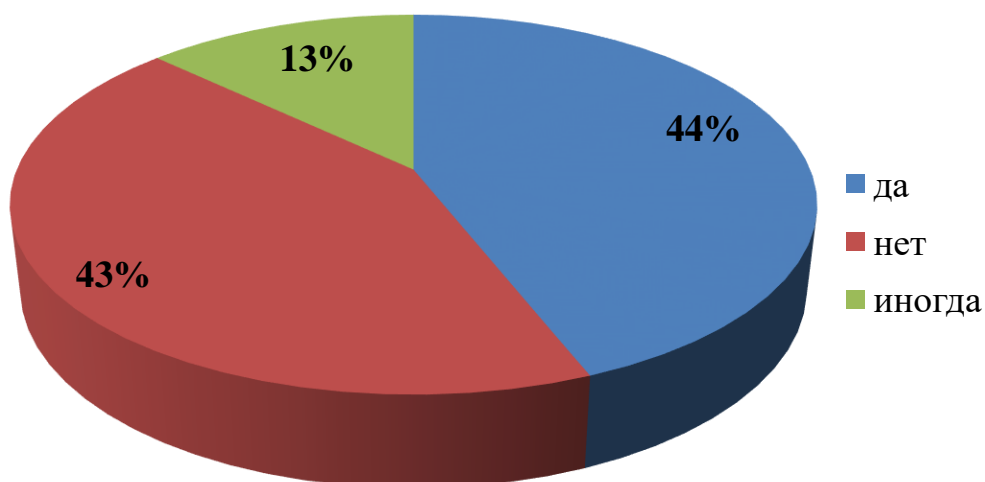


Рис. 15. Необходимость дополнительной помощи от медработника

Распределение опрошенных пациентов по наличию осложнений панкреатита. По результат анкетирования 98% пациентов отрицают наличие осложнений данного заболевания, но 2% опрошенных пациентов говорят, о незначительных осложнениях после панкреатита, и 0% пациентов отметили раздел «иногда» (Рис. 16).

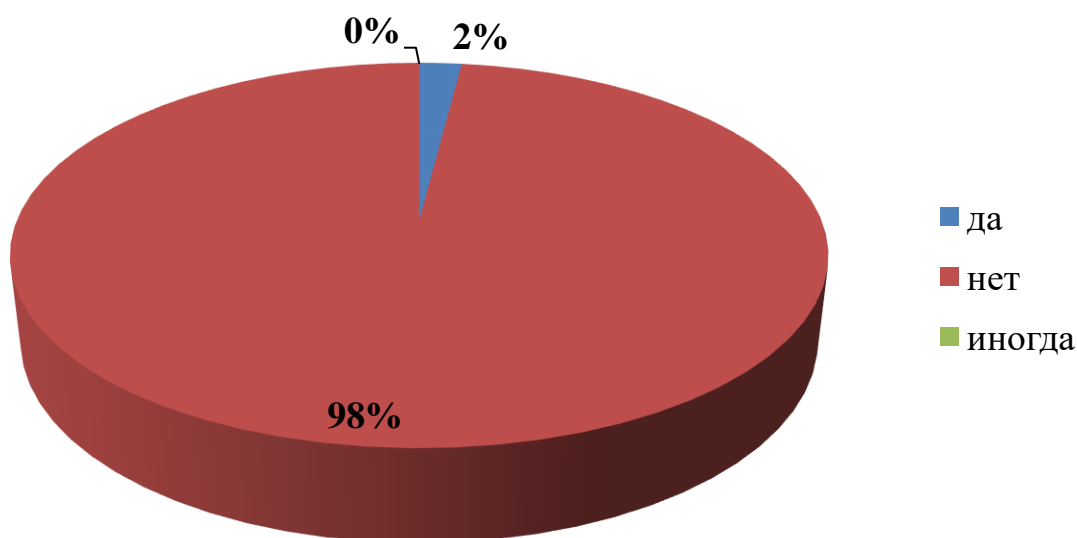


Рис. 16. Распределение пациентов по наличию осложнений панкреатита

В разделе «Помощь медицинского работника в профилактике осложнений» результаты анкетирования распределились следующим образом: 53% пациентов утверждают, что получают помощь медицинских сестер в профилактике осложнений, 38% пациентов получают помощь иногда, и 9%

опрошенных сообщают, что не получают помощь от медицинских работников в профилактике осложнений (Рис. 17).

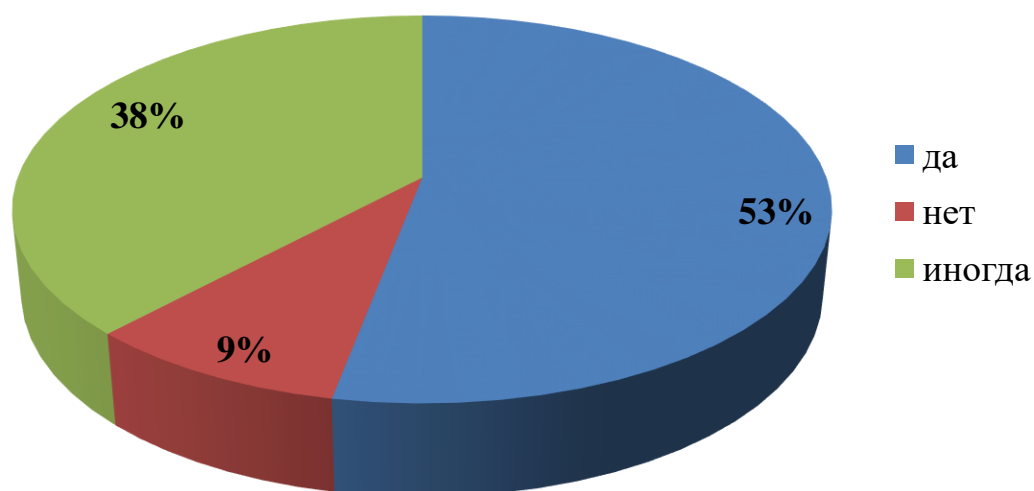


Рис. 17. Помощь медицинских работников в профилактики осложнений

Разделение опрашиваемых пациентов по наличию поддержки окружающих. По данным опроса пациентов 93% отмечают поддержку родственников, друзей и знакомых при панкреатите, 1% опрашиваемых отметили раздел «нет» по вопросу наличия поддержки окружающих, и 6% пациентов отметили раздел «иногда» по вопросу поддержки окружающих (Рис. 18).

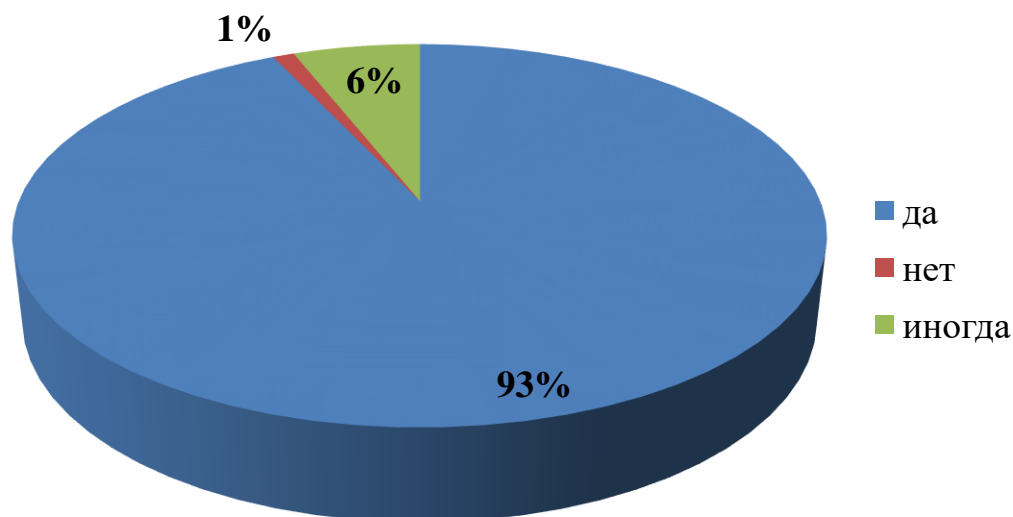


Рис. 18. Распределение пациентов по наличию поддержки окружающих

Распределение опрашиваемых пациентов по способности к самообслуживанию. 90% пациентов способны к самообслуживанию без какой-либо посторонней помощи, 10% пациентов отмечают, что иногда нуждаются в помощи с самообслуживанием со стороны окружающих и медицинского персонала, и 0% пациентов утверждают, что вовсе не способны к самообслуживанию (Рис. 19).

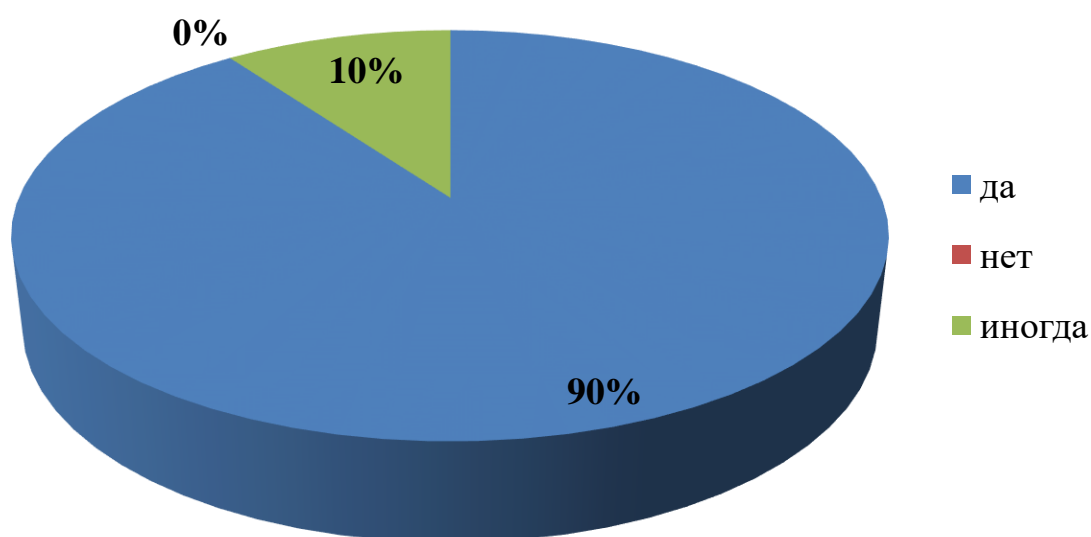


Рис. 19. Способность к самообслуживанию

Распределение опрошиваемых пациентов в разделе «Знаете ли Вы свой диагноз» показало, что 96% пациентов знают, свой диагноз, а 4% опрошиваемых не знают свой диагноз (Рис. 20).

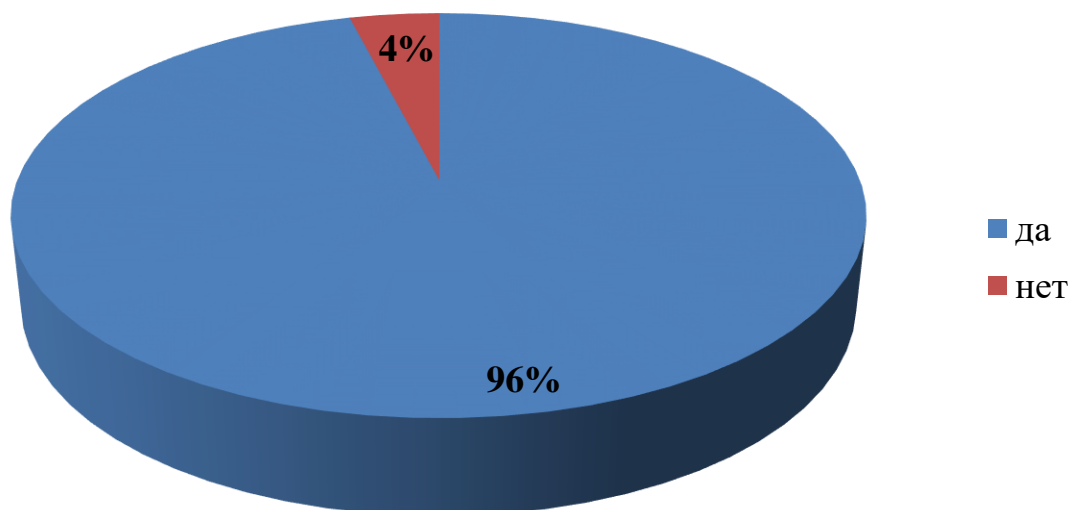


Рис. 20. Распределение пациентов в разделе «Знаете ли Вы свой диагноз»

Распределение опрошиваемых пациентов по разделу «Выполняете ли Вы, назначения врача после курса лечения». Следует обратить внимание, что 73% опрошенных пациентов уверяют, что выполняют назначения врача после курса лечения строго по программе, но 23% пациентов признаются, что выполняют назначения врача не регулярно, и, лишь, 4% утверждают, что не выполняют врачебные назначения после курса лечения (Рис. 21).

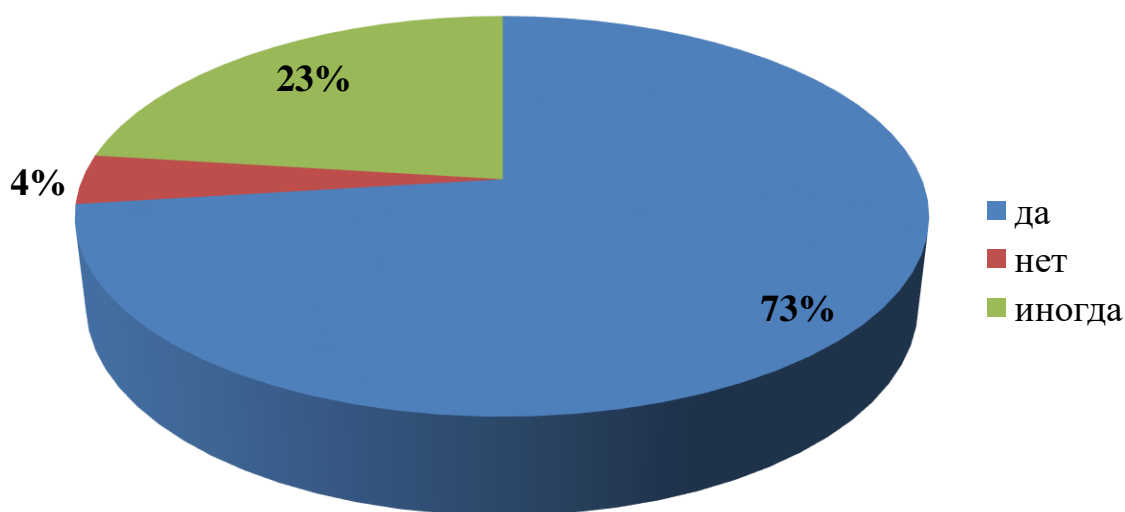


Рис. 21. Выполнение назначения врача после курса лечения

Разделение опрошенных пациентов по разделу «Объясняли ли Вам медицинская сестра особенности диеты при заболевании». По результатам анкетирования 94% опрошенных пациентов заявляют, что медицинская сестра в полной мере объясняет особенности диеты при панкреатите, а 6% недовольны работой медицинского персонала при объяснении всех особенностей диеты при данном заболевании (Рис. 22).

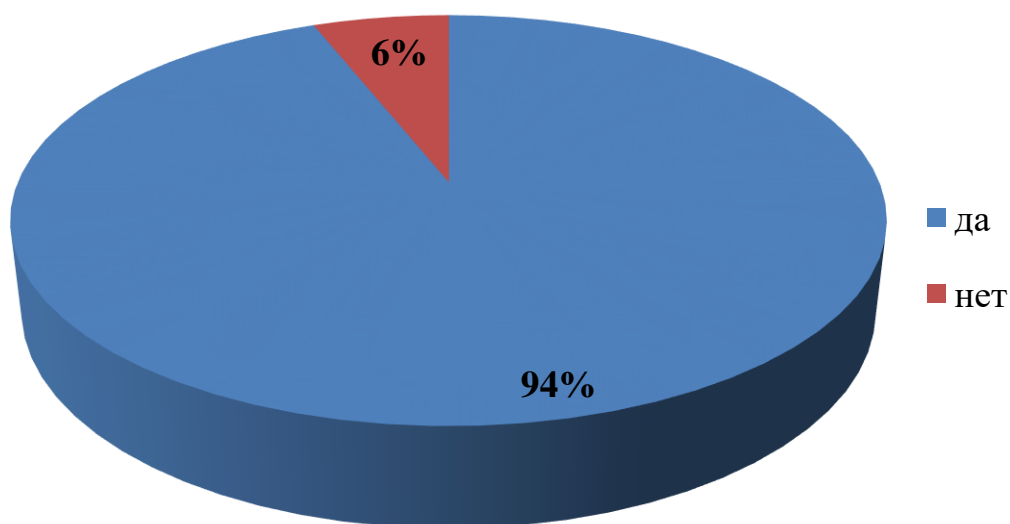


Рис. 22. Объяснения особенности диеты при заболевании

Распределение опрошенных пациентов в разделе «Объясняла ли Вам медицинская сестра особенности диеты при заболевании» показало, что 89% пациентов сообщают, что медицинская сестра объясняет особенности диеты

при панкреатите, а 11% опрошенных сообщают, что не получают объяснения от медицинской сестры (Рис. 23).

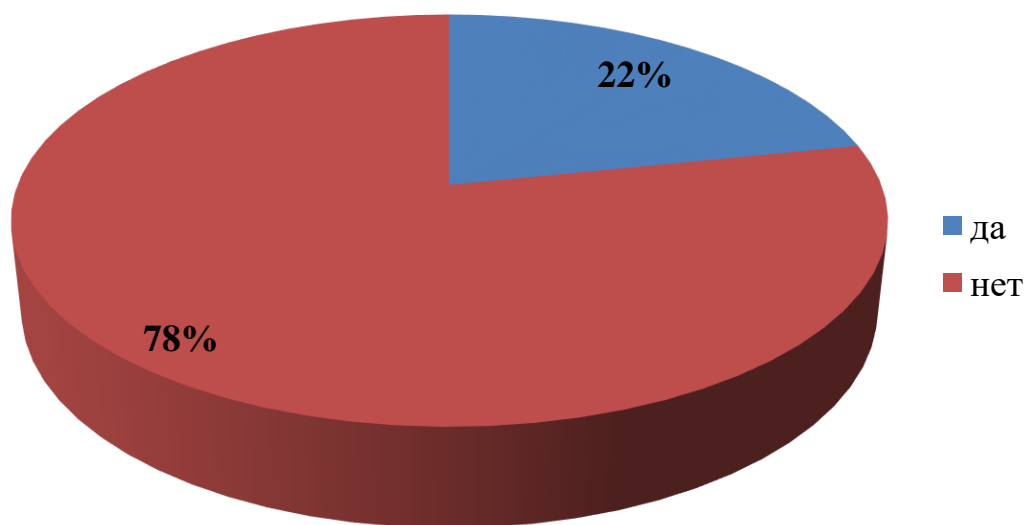


Рис. 23. Распределение пациентов в разделе «Объясняла ли Вам медицинская сестра особенности диеты при заболевании»

По результатам проведенного исследования можно сделать выводы:

1. Среди пациентов с панкреатитом преобладает мужской пол, они составляют 65%;
2. 67% опрошиваемых пациентов имеют вредные привычки (употребление алкоголя, курение, а также переедание жирной, калорийной острой пищи, которое ведет к ожирению), из них 64% пациентов имеют избыточную массу тела;
3. Так же было выявлено, что 30% респондентов имеют низкую физическую активность;
4. 25% опрошенных пациентом имеют наследственную предрасположенность к панкреатиту;
5. Так же 20% пациентов имеют наличие стресса в повседневной жизни, что является одним из факторов риска развития панкреатита.

Следовательно, была выявлена группа риска пациентов, наиболее предрасположенная к возникновению панкреатита. Это пациенты преимущественно мужского пола (65%), ведущие нездоровый образ жизни (67%), имеющие избыточную массу тела (64%), низкую физическую активность (30%), имеющие предрасположенность к возникновению панкреатита (25%), и наличие стресса в повседневной жизни (20%).

2.2. Рекомендации пациентам и медицинским сестрам, осуществляющим уход за пациентами с панкреатитом

В настоящее время быстро увеличивается число пациентов с панкреатитом. Малая доля внимания уделяется их реабилитации. Выписываясь из стационара, пациенты зачастую получают лишь общие рекомендации без учета общего состояния, формы и тяжести заболевания, степени нарушения функций различных органов и систем. Бессистемные рекомендации во многих случаях оказываются не эффективной, и больные вновь поступают в стационар уже с диагнозом «хронический панкреатит».

Цель рекомендаций — улучшение качества жизни пациентов с панкреатитом, за счет того, что пациентам будет назначено правильное лечение, предоставлена своевременная информация и последующее наблюдение после постановки диагноза.

Медицинским сестрам рекомендуется:

- предоставлять пациентам с панкреатитом, а также членам их семей письменную и устную информацию после постановки диагноза о следующем: что такое панкреатит и какие исследования и процедуры могут быть выполнены с предоставлением информации с помощью диаграмм/рисунков генетическом консультировании, генетическом тестировании, риске для других членов семьи при наследственных формах панкреатита;

- предоставлять устную и письменную информацию по соблюдению питания, включая использование заместительной терапии поджелудочной железы, при необходимости, куда пациент должен обращаться в последующем за необходимыми советами, включая эпизоды обострения;

- предоставлять устную и письменную информацию по обращению за психологической помощью при необходимости; информацию о том, кто имеет право и каким образом получить пособие по социальному обеспечению, помощь в области образования и занятости, а также услуги по инвалидности;

- объяснить пациентам с панкреатитом и членам их семей, что: нахождение в больнице продолжительностью несколько месяцев встречается не редко, в том числе, если у пациента критическое состояние; время полного выздоровления может быть, как минимум в три раза дольше, чем пребывание в больнице; местные осложнения острого панкреатита могут спонтанно разрешаться или могут потребоваться недели, пока не станет ясно, что требуется хирургическое лечение.

Пациентам рекомендуется:

- соблюдать диетотерапию. Белково-энергетическая недостаточность часто встречается у пациентов с панкреатитом. Рекомендуется дробный прием пищи: небольшими порциями 5-10 раз в сутки в зависимости от тяжести заболевания. Желательно высокое содержание белка и углеводов в пище, если это не усиливает боли и диспептические симптомы. Степень ограничения жиров зависит от тяжести заболевания;

- полностью отказаться от употребления алкоголя. Отказ от употребления алкоголя рекомендуется для снижения частоты серьезных осложнений и смертности при панкреатите. Кроме того, продолжающееся употребление алкоголя способствует прогрессированию заболевания, у лиц, не употребляющих алкоголь, отмечается лучший ответ на терапию по устранению боли;

- полностью или частично отказаться от продуктов, стимулирующие желудочную секрецию, такие как: газированная вода, шоколад, кофе, консервация, грибы, кислые фрукты и ягоды, пряности, приправы т.д.

- найти баланс между количеством принимаемой пищи и физической активностью (для стабилизации массы тела со стремлением к идеальным показателям с поправкой на возраст);

- полностью, отказаться от табакокурения. Отказ от табакокурения рекомендуется для снижения частоты серьезных осложнений и смертности при панкреатите, т.к. курение является одним из факторов риска развития панкреатита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на существенный прогресс диагностических и лечебных технологий, острый панкреатит остается одним из самых непредсказуемых и опасных заболеваний. Сложный многоуровневый патогенез, трудности ранней диагностики и прогнозирования заболевания, быстрая генерализация воспалительного процесса поджелудочной железы обуславливает тяжелое течение панкреатита. Особую значимость проблеме панкреатита придает возрастающее с каждым годом число заболевших, увеличение количества тяжелых форм заболевания, поздняя обращаемость и госпитализация больных в стационары.

Проведя анонимное анкетирование и анализ литературных данных по заболеваемости панкреатита, определив уровень дефицита знаний по факторам риска и профилактике панкреатита можно сделать вывод, что медицинские сестры проводят профилактику панкреатита, благодаря которой в будущем возможно предотвращение заболевания.

Медицинская сестра играет большую роль в профилактике панкреатита, так же дает различные рекомендации, проводит беседы, санитарно-просветительную работу с населением.

Таким образом, можно утверждать, что в развитии заболевания поджелудочной железы большую роль играет образ жизни, генетическая предрасположенность и факторы риска, в том числе отсутствие организации правильного питания, стрессовые ситуации, некачественное исполнение пациентом назначений врача или самолечение и вредные привычки. Следовательно, правильный уход, своевременное лечение и профилактика панкреатита в будущем может привести к уменьшению роста количества заболеваний поджелудочной железы и уровня заболеваемости в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грошилина, В.С. Диагностика болезней хирургического профиля [Электронный ресурс] /: учебник / под ред. В.С. Грошилина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437025.html>
2. Гончарик, И.И. Хронический панкреатит; этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / И.И. Гончарик –, ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: [file:///C:/Users/maks/Downloads/2013011411085433%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maks/Downloads/2013011411085433%20(1).pdf).
3. Елисеев, А.Г. Профилактика панкреатита [Электронный ресурс] / А.Г. Елисеев – ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <https://www.e-reading.club/book.php?book=149021>
4. Иоскевич, Н.Н Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины [Электронный ресурс]/учебное пособие для медицинских сестер / Н.Н. Иоскевич, А.А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3073- – Режим доступа: http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Obschaa_hiryrgia/book_4037/Prakticheskoe_rukovodstvo_po_klinicheskoy_hirurgii_Tom_2-Ioskevich_NN-2002-djvu
5. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – М.: Форум - Инфра – М, 2016 – Режим доступа: <https://www.labirint.ru/reviews/goods/660939/>
6. Мельников, И.А. Питание при заболеваниях поджелудочной железы (панкреатите), ГЭОТАР-Медиа, 2018, [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://www.you-books.com/book/I-Melnikov/Pitanie-pri-zabolevaniyah-podzheludochnoj-zhelezy->

7. Надинская, М.Ю. Методы исследования функции поджелудочной железы //Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии, ГЭОТАР-Медиа, 2017 [Электронный ресурс] / – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/vozmozhnosti-laboratornoy-diagnostiki-zabolevaniy-podzheludochnoy-zhelezy>

8. Фролькис, Л.Ю. Лечение пациентов терапевтического профиля - М.: [Электронный ресурс] / - ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440131.html>

9. Фоминых, Ю. А. - Специальность ВАК РФ 14.00.47, 2015 [Электронный ресурс] / – Режим доступа: <https://www.dissercat.com/content/kliniko-psikhologicheskie-osobennosti-bolnykh-tseliakiei-vzroslykh>

10. Феоктистова Ж. А.; Скутова В. А.; Данилов А. И. Острый панкреатит: актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения [Электронный ресурс] / - ГЭОТАР-Медиа, 2017 - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostryy-pankreatit-aktualnye-voprosy-diagnostiki-i-kompleksnogo-lecheniya>

11. Храмова, Е. Ю., Справочник медицинской сестры, Хронический панкреатит, 2014 [Электронный ресурс] / - Режим доступа: https://kartaslov.ru/книги/Храмова_Е_Ю_Плисов_В_А_Справочник_медицинской_сестры/1

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при панкреатите.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

- 1. Возраст:** ____ **Пол:** 1 - муж. 2 - жен. **2. Образование:** 1 – высшее, 2 – среднее специальное, 3 – среднее;
- 3. Семейное положение:** 1- замужем (женат), 2 – вне брака, 3 – в разводе.
- 4. Место проживания:** 1 - город, 2 - село, 3 – ПГТ.
- 5. Наличие стресса:** 1 - да, 2 - нет, 3 – иногда.
- 6. Курение:** 1 - да, 2 - нет, 3 – иногда; **7. Алкоголь:** 1 - да, 2 - нет, 3 – иногда.
- 8. Физическая активность:** 1 - низкая, 2 - изредка, 3 - высокая.
- 9. Наследственная предрасположенность к панкреатиту:** 1 - да, 2 – нет.
- 10. Наличие избыточного веса:** 1 – да, 2 – нет.
- 11. Наблюдаетесь у гастроэнтеролога:** 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда.
- 12. Соблюдение диеты:** 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда.
- 13. Помощь медработника в соблюдении диеты:** да, нет, иногда
- 14. Оценка эффективности помощи медработника в соблюдении диеты:** положительно, негативно, нейтрально.
- 15. Необходимость дополнительной помощи от медработника:** 1- да, 2 - нет, 4 – иногда.
- 16. Наличие осложнений панкреатита:** 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда;
- 17. Помощь медработника в профилактике осложнений:** да, нет, иногда
- 18. Наличие поддержки окружающих:** да, нет, иногда;
- 19. Способность к самообслуживанию:** 1 – да, 2 – нет, 3 – иногда;
- 20. Знаете ли Вы свой диагноз?** 1 – да, 2 – нет.
- 21. Выполняете ли Вы, назначения врача после курса лечения:** 1 – да, 2 – нет, 3 - по ухудшению состояния.
- 22. Объясняли ли Вам м/с особенности диеты при заболевании:** 1 – да, 2 - нет
- 23. Рекомендации медицинскому персоналу по улучшению ухода за больными** с **панкреатитом**

Благодарим за сотрудничество!